UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 - N° 140

LA PARTICIPATION DU COL A LA DYSTOCIE DES BASSINS RÉTRÉCIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1946

par

MAURICE-RENÉ MISSON

Externe des Hôpitaux

né à BEAUCAIRE (Gard) le 5 Mai 1919

Examinateurs de la Thèse	MM. RIVIÈRE, professeur	*Président*
	FAUGERE, professeur.....	*Juges*
	MAGENDIE, agrégé.....	
	MAHON, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE CASTERA

98, Rue Fondaudège

1946

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0028

MISSON (Maurice-René)

La participation du col à la dystocie des bassins rétrécis. — Bordeaux, Castera, 1946. — In-8°, 64 p.

(*Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 140*)

MISSON (Maurice-René)

La participation du col à la dystocie des bassins rétrécis. — Bordeaux, Castera, 1946. — In-8°, 64 p.

(*Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 140*)

MISSON (Maurice-René)

La participation du col à la dystocie des bassins rétrécis. — Bordeaux, Castera, 1946. — In-8°, 64 p.

(*Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 140*)

MISSON (Maurice-René)

La participation du col à la dystocie des bassins rétrécis. — Bordeaux, Castera, 1946. — In-8°, 64 p.

(*Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 140*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 - N° 140

LA PARTICIPATION DU COL A LA DYSTOCIE DES BASSINS RÉTRÉCIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1946

par

MAURICE-RENÉ MISSON

Externe des Hôpitaux

né à BEAUCAIRE (Gard) le 5 Mai 1919

Examinateurs de la Thèse — MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président*; FAUGERE, professeur... ; MAGENDIE, agrégé . ... ; MAHON, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE CASTERA

98, Rue Fondaudège

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	N.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Méd. col. et clin. mal. exotiques	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

PERRENS (*Maladies mentales*). FAUGÈRE (*Obstétrique*).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	N.
id.	N.
id.	BROUSTET.
id.	N.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	N.
id.	MAGENDIE.

	MM.
Chirurgie générale	POUYANNE.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	N.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	N.
Physique médicale	N.
Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. méd. et parasitol.	N.
Histologie	BROUSSY.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	N.
Urologie	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.

	MM.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	TAYEAU.
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
id.	J. CHAVANNAZ.
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

Je vous dois tout. Votre vie est pour moi un merveilleux exemple de sacrifices et de dévouement. Puissiez-vous trouver ici le témoignage de ma profonde affection.

A MA FIANCEE

Avec tout mon amour.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

ET DE LA FACULTE

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARC RIVIERE,

Professeur de clinique obstétricale,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre.

Cher Maître,

Vous nous avez accueilli il y a deux ans comme externe dans votre service. Votre enseignement si vivant, si humain, fut pour une bonne part dans notre vocation obstétricale. Nous vous exprimons aujourd'hui notre reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour nous et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

CHAPITRE Ier

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Dès les débuts de l'art obstétrical, le problème de l'accouchement dans les bassins rétrécis a retenu l'attention des praticiens. L'accouchement spontané aura-t-il lieu ou faudra-t-il intervenir ? Telle est la question qui se pose et dont seule l'épreuve du travail pourra donner la réponse. Considérée comme l'étude des phénomènes qui accompagnent la tentative de passage du fœtus à travers un bassin maternel plus ou moins dystocique elle a pratiquement toujours existé; mais des résultats intéressants n'ont été obtenus qu'avec l'avènement de la césarienne basse qui seule a permis de pousser assez loin l'épreuve en sauvegardant au maximum les intérêts de la mère et de l'enfant.

Avant l'ère chirurgicale, on pratiquait systématiquement l'Epreuve du Travail sans distinction de cas, les moyens thérapeutiques étant réduits. On laissait la femme risquer sa chance d'accoucher seule et, si la tête ne s'engageait pas, on était réduit à des interventions par voie basse, meurtrières pour l'enfant, dangereuses pour la mère. La version par manœuvres internes et le forceps au détroit supérieur se partageaient les faveurs des accoucheurs selon les tendances de chacun et les conditions d'application. La version donnait 20 à 40 % d'enfants morts sans parler des lésions des parties molles de la mère dont la plus grave était la

rupture du segment inférieur, survenant trop souvent au cours d'une version pratiquée dans un utérus déjà vide d'eau depuis longtemps. Quant au forceps appliqué au détroit supérieur, il n'était pas moins meurtrier : véritable basiotriptie déguisée, il entraînait une mortalité immédiate de 20 %, sans compter les décès dans les premiers jours et les séquelles de lésions cérébro-méningées.

On aboutissait donc fréquemment à un enfant mort, soit par une intervention meurtrière, soit parce que l'enfant, avant toute intervention, succombait au cours du travail prolongé qu'on lui imposait.

Alors vint la méthode de l'accouchement prématuré provoqué. Il fut ardemment défendu par certains, condamné par d'autres. Baudelocque signale « les tristes fruits » de cette méthode qui, dans les meilleures conditions, ne peut donner que des enfants débiles. Et que dire de l'imprécision du moment auquel il faut interrompre la grossesse malgré le secours que voulurent apporter les divers procédés de mensuration de la tête fœtale à travers la paroi abdominale ? Si cette méthode sauvegardait au maximum la santé de la mère, elle était grevée d'une mortalité fœtale bien lourde. L'enfant ne comptait pas !

Les découvertes de Pasteur, les travaux de Bar et Pinard vont changer la face des choses. Pasteur crée l'asepsie. Saenger, en 1882, réhabilite la césarienne qui, pratiquée quelques fois auparavant, aboutissait toujours à la mort de la mère par infection péritonéale. En 1885, Bar, après l'avoir vu opérer à Leipzig, refait à Paris la 2e césarienne réussie depuis dix ans. En 1891, Pinard se fait l'avocat des droits de l'enfant. » Personne, dit-il, n'a le pouvoir de choisir entre la vie et la mort d'un enfant ». Il condamne l'avortement déguisé qu'est trop souvent l'accouchement prématuré provoqué, souligne la répugnance de la basiotripsie sur un enfant vivant et les mauvais résultats des applications de forceps pratiquées au-dessus du détroit

supérieur. En 1896, il préconise la symphyséotomie. Dès lors, césarienne et symphyséotomie vont se disputer les faveurs du moment. On assiste à un véritable balancement entre la césarienne, opération prophylactique, et la symphyséotomie, opération de nécessité. Comme la mortalité de cette dernière reste assez élevée, ses indications difficiles à poser et ses complications fréquentes, on voit la césarienne, avec Bar, regagner du terrain. En 1899, il apporte une statistique de dix cas, puis des chiffres de plus en plus importants avec une mortalité maternelle et fœtale très faibles. Mais il convient, dit-il, de pratiquer l'intervention avant tout début de travail, les membranes intactes. Autrement dit, il supprimait l'épreuve du travail. Cette conduite devait entraîner nombre d'opération inutiles. « Quand j'étais assistant de Bar, écrit Brindeau, il décidait d'opérer une femme à date fixe. La veille du jour où devait avoir lieu l'opération, la femme entrait en travail et accouchait seule ». Le dogme de la césarienne prophylactique supprimait donc l'épreuve du travail dans les cas limites avec ses possibilités d'accouchement spontané. Il conduisait à pratiquer des césariennes qu'il aurait mieux valu éviter : comme toute laparotomie, l'hystérotomie comporte des risques suffisants pour ne pas la pratiquer sans des indications précises.

De plus, il rendait l'accoucheur impuissant dès que le travail était commencé en l'obligeant à pratiquer une symphyséotomie dangereuse et dont les indications restaient limitées ou un forceps au détroit supérieur dont on connaît les mauvais résultats.

Aussi, réagissant contre ces principes, certains accoucheurs pratiquèrent-ils la césarienne haute après épreuve du travail, même après rupture des membranes. Mais bien vite l'attention est attirée sur les dangers de l'opération « quand l'infection, même latente, est dans la place » (Couvelaire, 1909). Dans les cas impurs, la mortalité de l'inter-

vention atteignait en effet 15 à 20 %. Les causes du désastre sont claires : la suture n'est pas péritonisée, la cavité utérine communique avec la grande cavité péritonéale par la plaie et les trous des fils, les contractions incessantes de l'utérus empêchent la parfaite coaptation de la plaie et tendent à désunir les sutures; tous les moyens de drainage sont inefficaces. Aussi COUVELAIRE peut-il dire en 1922 au Congrès de Paris : « Les opérations césariennes tardives restent des opérations risquées et je préfère, pour ma part, terminer par l'hystérectomie si l'intervention devient indispensable ». On entrevoit aisément de quel prix se solderait souvent l'épreuve du travail faite avec la césarienne corporéale comme seul moyen de terminaison.

Et pourtant, l'intérêt de la méthode n'échappait à aucun accoucheur. Tenter l'épreuve du travail sans trop de risques pour la mère et pour l'enfant et obtenir ainsi le plus grand nombre possible d'accouchements spontanés, tel était évidemment le but à atteindre. Aussi n'est-ce plus vers une amélioration de la technique mais vers une opération nouvelle qu'on va s'orienter. Cette opération va être la césarienne basse. Avec elle, la mise en pratique de l'épreuve du travail va faire des progrès prodigieux.

Les Américains et les Allemands l'appliquaient déjà depuis longtemps, mais c'est SCHICKELÉ et BRINDEAU qui lui donnèrent l'essor qu'elle a aujourd'hui. La césarienne basse permettant d'opérer sans grand danger les cas impurs, autorisa dès lors l'expectative. Avec les perfectionnements successifs qui furent apportés à sa technique, on peut pousser de plus en plus loin la durée de l'épreuve du travail.

Mais alors apparurent les difficultés d'interprétation de l'épreuve. Trop longue, les risques d'infection maternelle s'accroissent dangereusement même si l'on n'est pas obligé d'opérer la malade; de plus, la vitalité du fœtus est souvent compromise par des contractions trop longtemps répé-

tées. Un problème nouveau se posa dès lors : Quand doit-on interrompre l'épreuve du travail ?

Tout d'abord, la confrontation des dimensions respectives de la tête fœtale et du bassin maternel fut le souci principal des accoucheurs. Ils se préoccupèrent de savoir si les diamètres fœtaux sont inscriptibles dans les diamètres maternels. L'épreuve du travail est alors subordonnée à une question de centimètres, à un problème géométrique qu'il faut laisser aux forces de la nature le soin de résoudre.

Maygrier et Schwab disent qu'à dilatation complète il faut attendre tant que le fœtus ne souffre pas la fixation par modelage de la tête fœtale et son engagement.

Demelin et Devraigne, après dilatation complète, font pousser la malade, la poche des eaux intacte, et jugent à ce moment de l'opportunité de l'intervention par voie haute.

Voron, en 1927, souligne la variabilité de la longueur de l'épreuve et la difficulté de la fixation de sa durée. « Si la disproportion n'est pas trop marquée, dit-il, on se bornera à l'expectation jusqu'à la dilatation complète. Si la tête se fixe sans déborder le détroit supérieur, on rompt alors artificiellement les membranes et on attend 2 ou 3 heures en suivant les progrès de la descente. Cette durée de 2 à 3 heures semble correspondre à la limite qu'il n'est pas raisonnable de dépasser ».

Keller rompt les membranes à 5 F environ puis attend pour obtenir la configuration de la tête, la formation de la bosse séro-sanguine, le chevauchement des pariétaux. Mais l'épreuve ne saurait cependant être poursuivie au delà de vingt-quatre heures.

Odagesco rompt les membranes à dilatation complète et laisse la femme pousser quelques temps avant de prendre une décision.

Balard et Mahon estiment qu'une épreuve du travail ne doit être tenue pour valable que si le col est complètement dilaté ou dilatable et les membranes rompues. Elle ne doit

avoir pour résultat que l'accouchement spontané ou la césarienne basse.

Cathala dit également que l'épreuve du travail n'est réalisée que si, la dilatation étant complète et les membranes rompues, la femme a fait quelques efforts d'expulsion. Il constate toutefois que de nombreuses césariennes sont faites avant ce moment.

Andérodias conseille de rompre les membranes à dilatation complète et de faire pousser la malade. Si la tête n'est pas engagée au bout d'une heure d'efforts expulsifs, il faut intervenir. Il convient toutefois de signaler qu'il peut survenir une anomalie de la dilatation suivant ou non une rupture prématurée des membranes. Le col arrivé à 2 ou 5 francs ne se dilate plus. On fait alors l'épreuve à la morphine. Si la contracture une fois disparue la dilatation ne progresse pas, la césarienne s'impose.

Mais la confrontation des dimensions respectives de la tête fœtale et du bassin s'avéra souvent difficile. Il fallait arriver à dilatation complète pour juger du résultat de l'épreuve du travail. L'attention des accoucheurs se porta sur un autre facteur, la contraction utérine elle-même.

Kreis affirme alors qu'à condition de rompre les membranes précocement à petite dilatation, avec un col effacé, et de faire le traitement antispasmodique pour régulariser la contraction, on peut reconnaître, au bout de six, huit ou dix heures au maximum, si l'accouchement se fera par voie haute ou par voie basse. Il ne faut pas attendre plus de huit à dix heures après rupture à 2 F, plus de quatre heures à petite palmaire, plus de deux heures à dilatation complète.

Frey, lui, compte le nombre des contractions utérines et donne un chiffre maximum au-dessous duquel il est vain d'attendre un accouchement spontané. Il considère l'épreuve du travail comme terminée si l'enfant n'est pas né après 200 contractions depuis la rupture des membranes.

A l'obstétrique au centimètre les accoucheurs avaient ainsi substitué l'obstétrique à la montre. La contraction utérine jugée sur sa capacité d'amener ou non l'accouchement spontané était le seul objet de préoccupations.

Sans vouloir méconnaître le rôle primordial de la contraction utérine dans l'accouchement dans un bassin rétréci l'obstacle constitué par le col non encore complètement dilaté semble devoir entrer en ligne de compte.

Bien que certains auteurs aient déjà signalé que de nombreuses césariennes étaient pratiquées avant le terme fixé à l'Epreuve du Travail, aucun ne semble avoir insisté sur l'importance de ce facteur. Ce sont en effet le plus souvent les dystocies cervicales qui amèneront à interrompre l'E.T. et forceront l'accoucheur à renoncer à la voie basse pour pratiquer une césarienne.

Nous nous proposons dans cette étude de mettre en évidence l'importance des anomalies de la dilatation au cours de l'épreuve du travail dans les bassins rétrécis et l'intérêt qui s'attache à leur thérapeutique dans la conduite de cette épreuve qu'elles viennent trop souvent troubler.

CHAPITRE II

LE DEROULEMENT DU TRAVAIL AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RETRECIS

La conception actuelle de l'Epreuve du Travail dans les bassins rétrécis est née, comme on a pu le voir au cours du bref historique précédent, d'une longue expérience clinique de la césarienne basse dans des cas de plus en plus impurs. C'est une expectative volontaire, raisonnée, étudiée, pratiquée dans l'intérêt de la mère et au cours de laquelle on suit les phases du conflit entre les forces qui s'opposent : résistance anormale d'une part, puissance utérine et réductibilité de la tête de l'autre. L'issue de ce conflit constitue la solution du problème : accouchement spontané si l'utérus arrive à vaincre toutes les résistances qui lui sont opposées et à expulser le fœtus, aidé ou non par l'action d'agents excitateurs ou modérateurs de la contraction, accouchement artificiel dans le cas contraire qui ne pourra être que l'opération césarienne libératrice, toute intervention manuelle ou instrumentale par voie basse étant, comme nous l'avons vu, rigoureusement prohibée.

La dilatation

Pendant la grossesse, les contractions utérines ont pour résultat d'étirer la partie inférieure de l'utérus et de coiffer la présentation de cette région cervico-segmentaire amincie qui constitue le segment inférieur. Les contrac-

tions douloureuses apparaissant au terme de la grossesse auront à effectuer le travail proprement dit dont l'aboutissant sera l'expulsion du fœtus à l'extérieur des voies génitales maternelles. Au début, ces contractions entraînent l'effacement du col. Les fibres longitudinales qui s'insèrent au niveau de l'orifice externe tendent à remonter cet orifice. Le canal cervical sous cette action s'évase en haut et prend une forme conique. Le col s'entr'ouvre en somme comme un parapluie renversé lorsqu'on tire sur le manche. En même temps, cet évasement s'accompagne d'une ampliation par glissement des lames musculo-conjonctives. Cylindre vertical épais de 3 cm. de haut environ, le col devient d'abord un entonnoir ouvert en haut puis un diaphragme mince, horizontal, percé d'un orifice punctiforme, l'orifice externe. Il est effacé. A cemoment, il se continue sans transition avec le segment inférieur qui a acquis pendant cette période toute son amplitude. Il présente une face supérieure concave revêtue de la muqueuse qui tapissait le canal cervical primitif et maintenant fait suite à la muqueuse cervico-segmentaire. Sa face inférieure est revêtue de la muqueuse du museau de tanche. La distance de l'O.E. à l'insertion vaginale a augmenté de toute la hauteur du col avant son effacement.

Toutes les transformations précédentes sont nécessaires à l'ouverture du col. On ne dilate pas un col non effacé. Quelle que soit la lenteur d'action des agents dilatateurs employés, on ne peut que le déchirer ou l'ouvrir sans le dilater c'est-à-dire sans obtenir cette disparition progressive et complète du diaphragme qu'il constitue sur le trajet de la filière pelvigénitale.

Sous l'influence des contractions utérines cet orifice cervical ainsi effacé va donc s'ouvrir progressivement. Bientôt, il ne subsistera plus qu'un bourrelet saillant au devant du fœtus, bourrelet dont la lèvre postérieure disparaîtra souvent plus vite que l'antérieure qui restera la dernière à

coiffer la présentation avant de disparaître elle-même lors de la dilatation complète du col qui fait communiquer sans ligne de démarcation la cavité utérine avec la cavité vaginale.

Comment s'effectue cette dilatation ? Pour Demelin et Kreiss, ce sont les contractions utérines elles-mêmes qui en sont responsables comme elles ont été la cause de l'effacement du col et de la constitution du segment inférieur. Sous leur effet, les fibres longitudinales exercent des tractions sur l'orifice externe tendant à l'attirer vers la région corporéale. Les fibres circulaires du col se verticalisent sous cette action et leur élasticité ainsi mise en jeu par action centrifuge tend également à accentuer l'ouverture de l'orifice cervical.

Cependant, la dilatation ne peut arriver à être complète si rien ne vient occuper la cavité cervicale. Le col est souple, inerte, dilatable, mais en l'absence de la poche des eaux ou de la présentation qui viennent mettre en évidence et faire progresser la dilation, il ne s'ouvre pas. Le rôle du mobile semble donc être multiple. Excitateur d'une part, la pression exercée par le corps étranger constitué par l'œuf ou la présentation sur la paroi utérine au niveau du canal cervico-segmentaire est le point de départ du réflexe qui déclanche la contraction. D'autre part, sans vouloir lui rendre le rôle de coin dilatateur actif qu'on lui avait attribué au début, sa présence apparaît indispensable pour faire progresser une dilatation qui, après un début plus ou moins brillant, s'arrête rapidement lorsque rien ne vient appuyer sur l'orifice cervical.

L'effacement et la dilatation du col utérin sont donc sous la dépendance de la contraction utérine et ne peuvent s'effectuer que grâce à elle. Elle est indispensable à l'accomplissement du travail et son caractère normal ou anormal aura un profond retentissement sur la marche de l'accouchement.

L'expulsion

La disparition du diaphragme cervical, une fois obtenue la contraction utérine, va devoir assurer alors la progression du fœtus puis son expulsion. Engagement, progression, dégagement, surtout les deux premiers temps, seront d'autant plus rapides et faciles que la contraction sera plus intense, le modelage de la tête mieux adapté, d'autant plus pénible que le degré d'angustie pelvienne sera plus accentué. Pour important qu'il soit, nous ne nous occuperons pas davantage de ce temps de l'accouchement qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

CHAPITRE III

LA DYSTOCIE FONCTIONNELLE DE L'UTERUS

Au début de l'épreuve du travail les contractions sont souvent normales. Le durcissement de l'utérus pendant la contraction est net sans être exagéré, la durée des pauses indolores n'est ni trop bien ni trop longue, la femme ne souffre pas outre mesure et les bruits du cœur du fœtus ne se modifient guère.

Il se peut que les contractions conservent ce caractère pendant toute l'épreuve; la dilatation avance progressivement, la tête descend, la p.d.e. se rompt spontanément ou est rompue artificiellement à dilatation palmaire ou complète. C'est le cas schématique idéal où on peut espérer avec le maximum de chances un accouchement spontané.

Mais souvent elles se modifient plus ou moins rapidement troublant plus ou moins gravement le déroulement normal du travail.

Ces dystocies dynamiques de l'utérus, dont l'importance devient capitale au cours de l'E.T. dans un bassin rétréci, sont particulièrement délicates à décrire et à classer du fait de la difficulté que l'on éprouve à les définir de façon précise.

A côté de la notion de contraction utérine qui avait déjà depuis si longtemps attiré l'attention des auteurs, l'introduction de la notion de tonus de l'utérus sembla devoir éclaircir la question. Mais alors apparut la difficulté de classer les types cliniques dans les cadres ainsi établis et de

savoir s'il fallait rapporter à l'un ou l'autre élément, tonus ou contractions, les signes présentés par la malade.

Nous envisagerons successivement les troubles par défaut et les troubles par excès de la contraction utérine.

Troubles par défaut

L'hypotonie ou inertie primitive des classiques, se manifeste dès le début du travail par une véritable paresse utérine. Les contractions sont rares, faibles, espacées, peu douloureuses. La paroi de l'utérus est constamment flasque, d'une extrême souplesse, permettant de palper le fœtus avec beaucoup de facilité. Quelques périodes de durcissement intermittent viennent produire les contractions. La conséquence de cette hypotonie est la lenteur du travail : la dilatation n'avance pas, la tête reste élevée, la femme dort entre les douleurs. Cet état d'hypotonie primitive est rare et ne comporte pour la mère comme pour l'enfant aucun avenir fâcheux si une infection amniotique pouvant survenir après la rupture des membranes à l'occasion de la longueur du travail ne vient en assombrir le pronostic.

L'inertie vraie, au contraire, apparaît le plus souvent secondairement. Le travail a déjà franchi ses premiers stades d'une façon normale, puis les contractions diminuent, se raccourcissent, s'espacent parfois jusqu'à disparaître. Cet état traduit la fatigue de l'utérus dont le tonus a pu demeurer normal.

Troubles par excès

Les troubles par excès de la contraction utérine sont infiniment plus fréquents en même temps que plus complexes à définir. L'excès isolé des contractions est encore relativement rare. Les douleurs sont particulièrement intenses

et prolongées, séparées par des intervalles de repos où l'utérus a une consistance normale. Le travail progresse rapidement mais parfois la durée et l'intensité des contractions retentit gravement sur la vitalité du fœtus qui peut parfois mourir par anhématose.

Les hypertonies, au contraire, constituent le chapitre le plus important de cette dystocie fonctionnelle de l'utérus. Celui-ci présente une consistance constamment dure, il apparaît à la main qui le palpe toujours tendu, souvent un peu douloureux. Sur ce fond d'hypertonie permanente apparaissent des contractions peu intenses, courtes, difficiles à percevoir, sans action sur l'ouverture du col et dont le caractère d'inefficacité pourrait imposer pour de l'inertie. Le travail traîne en longueur, la femme s'énerve et se fatigue.

Livrée à elle-même, l'évolution de cette anomalie va aboutir à la contracture utérine. Difficile à traiter une fois constituée, elle est devenue beaucoup plus rare depuis l'utilisation des antispasmodiques et l'emploi modéré des extraits ocytociques. Le tableau clinique en est bien connu. Le travail traînant depuis un certain temps, le caractère des douleurs se modifie progressivement, surtout après rupture des membranes. Les contractions se multiplient, se rapprochent, deviennent presque subintrantes. La femme accuse une douleur particulière, souvent localisée dans la région sacrolombaire. La dilatation reste stationnaire, la tête reste élevée, comme suspendue au-dessus du col. Puis les contractions utérines semblent disparaître progressivement car la pause intercalaire est très courte. La malade souffre continuellement d'une douleur, moins intense sans doute que la douleur de la contraction utérine normale, mais continue, sans répit, exaspérante. Elle gêmit et s'agite. L'utérus reste constamment dur et sensible au palper, rétracté sur son contenu qu'il moule étroitement. Cet état permanant contrastant avec l'absence de contractions uté-

rines cliniquement décelables est pathognomonique. A ce moment, la situation clinique est grave; pour le fœtus dont les échanges respiratoires sont fortement gênés par suite de l'obstacle que la rétraction utérine oppose à la circulation fœtoplacentaire; pour la mère dont le surmenage nerveux et musculaire va devenir la source d'une intoxication progressive.

Parfois cette contracture utérine s'installe d'emblée, dès le début du travail, alors même que le col n'est pas encore effacé. Difficile à interpréter dans ces cas, elle constitue le tableau le plus grave de l'hypertonie utérine puisque elle obligera à intervenir thérapeutiquement pendant toute la durée de la dilatation et risquera de retentir gravement sur la vitalité du fœtus ainsi soumis à une contraction trop intense et prolongée.

Les anomalies de la dilatation

Objectivant avec fidélité ces dystocies fonctionnelles les anomalies de la dilatation en sont, dans la majorité des cas, des conséquences directes. Au cours de l'inertie, les contractions rares, peu efficaces, ne sont pas assez fortes pour vaincre la résistance des fibres musculaires circulaires du col qui ne se laisse pas dilater ou ne le fait qu'à regret avec une lenteur désespérante. C'est le « tœdious labou » des Anglo-Saxons qui n'aboutit à l'accouchement que dans des délais anormalement prolongés aussi décevants pour l'accoucheur que pour la malade.

Au cours de l'hypertonie il se surajoute à ce mécanisme d'insuffisance relative de la contraction utérine un degré plus ou moins marqué de participation des fibres du col à l'hypertonie généralisée de l'organe. Le spasme du col dont l'orifice mince, tendu, à bords tranchants et douloureux, tend à se refermer à chaque contraction au lieu de se laisser dilater passivement, traduit cette tendance hypertonique

des fibres cervicales. Parfois c'est l'utérus qui, rétracté sur son contenu, maintient la tête élevée et l'empêche de venir appuyer sur un col qui a conservé sa souplesse presque normale mais qui ne continue plus à s'ouvrir puisqu'il n'est plus sollicité par un mobile qui descend.

Bien que pouvant coexister avec une poche des eaux intacte, c'est surtout après rupture prématurée des membranes que l'on aura l'occasion de rencontrer ces anomalies : cliniquement, elles se traduisent par une dilatation qui progresse lentement, irrégulièrement, restant longtemps stationnaire pour reprendre à nouveau sous l'action des antispasmodiques qui régularisent la contraction et suppriment le spasme des fibres circulaires du col.

Cette situation ne sera que temporaire si on la laisse évoluer spontanément. Quand le pincement entre la tête et le bassin se prolonge, le col s'épaissit, devient œdémateux, surtout au niveau de la lèvre antérieure plus étroitement coincée contre la symphyse pubienne. C'est la rigidité vraie du col qui commence, objectivée par une dégénérescence histologique des fibres musculaires. Bientôt, en l'absence de toute thérapeutique, l'œdème va augmenter, gagner tout le tour du col, durcir, traduisant la participation inflammatoire au processus. Il donne l'impression de cuir imbibé de graisse. La dilatation, au lieu de progresser, rétrocède et les antispasmodiques n'auront à ce moment plus guère d'action sur elle.

CHAPITRE IV

THERAPEUTIQUE DE LA DYSTOCIE CERVICALE

Les petits moyens

Aussi variée que la dystocie elle-même, la thérapeutique devra donc se proposer deux buts : rendre à la contraction utérine, agent essentiel de la dilatation son rythme et sa puissance normales; supprimer en même temps la résistance anormale du col pour lui permettre de se laisser dilater.

Dans la majorité des cas, nous aurons vu se constituer sous nos yeux et sous notre doigt cette anomalie de la dilatation qui, par sa présence, nous empêche de tirer de l'Epreuve du Travail ce que nous en attendions.

C'est donc dès le début du travail que cette dilatation devra être suivie avec un soin tout particulier qui ne devra jamais se démentir au cours de l'épreuve afin de pallier le plus tôt possible à l'arrêt de la progression de l'ouverture du col qui, aisément accessible à nos traitements dans la majorité des cas au début, peut, si elle se prolonge, s'aggraver de telle façon qu'elle nous obligera, par sa seule présence, à interrompre l'Epreuve du Travail et à envisager la voie chirurgicale.

Nous devrons tout spécialement veiller aux hypertonies légères, inapparentes, pourrait-on dire, qui sous un masque d'inertie utérine s'accompagnent d'une tonicité un peu trop élevée du muscle utérin dans l'intervalle de contractions un peu trop courtes et rapprochées. Le col, souvent épais,

n'a pas la souplesse habituelle du col bien effacé. Il ne se laisse dilater que lentement, a tendance à s'infiltrer légèrement d'œdème et finit par ne plus s'ouvrir du tout. Parfois, il est le siège d'un spasme manifeste donnant l'impression de se refermer à chaque contraction.

Très fréquentes au cours des accouchements dans les bassins rétrécis, ces anomalies devront être traitées dès qu'on en soupçonne même l'apparition afin d'éviter leur aggravation. Ainsi que KREISS l'a particulièrement signalé, c'est aux antispasmodiques sous forme de « Spasmalgine » à doses souvent répétées que l'on devra avoir recours.

La rupture artificielle des membranes lorsque celles-ci ne se sont pas rompus spontanément interviendra ensuite. Elle ne doit pas être systématique et ne doit être pratiquée qu'après un essai loyal des antispasmodiques isolés et lorsqu'elle apparaît indispensable ou au moins utile. Bien souvent, en effet, nous avons vu la Spasmalgine seule rendre aux contractions leur rythme normal, au col sa souplesse habituelle et permettre au travail de se poursuivre normalement malgré l'intégrité de la poche des eaux. Et s'il est bon de ne pas la conserver jusqu'à dilatation complète afin de permettre une meilleure accomodation de la présentation au détroit supérieur, il faut être sûr, avant de pratiquer la rupture, que la tête viendra bien la remplacer dans son rôle d'agent dilatateur au niveau de l'orifice cervical; et il n'est peut-être pas indifférent d'avoir un œuf ouvert dès le début d'un travail dont on ignore la durée lorsque l'éventualité d'une solution chirurgicale doit à tout instant pouvoir être envisagée.

Beaucoup plus rarement c'est à une véritable inertie utérine que l'on se heurtera. Dilatation traînante, utérus mou aux contractions peu intenses, peu douloureuses, peu fréquentes, seront justiciables d'un excitant de la contraction utérine et spécialement des extraits de post-hypophyse. Mais pour éviter ce que leur action pourrait avoir de trop

brutal en présence de l'obstacle pelvien on devra associer ce médicament à la Spasmalgine qui, tout en corrigeant l'intensité de l'action de l'ocytocique, agira electivement sur le col en l'assouplissant et facilitera la marche de la dilatation.

Le chlorokélène-hypophyse

Dans la majorité des cas les traitements simples que nous venons d'indiquer suffiront à faire revenir de bonnes contractions régulières qui, agissant sur un col redevenu souple, permettront à l'E.T. de se poursuivre normalement. Mais parfois, malgré ces traitements, ou parce qu'ils n'ont pas été appliqués assez tôt, on voit se constituer une dystocie plus importante. La participation du col n'est plus uniquement fonctionnelle mais commence à devenir anatomique. Un certain degré d'œdème cervical apparaît qui, mécanique au début, va bientôt devenir inflammatoire, constituant à ce moment un obstacle qui n'aura guère de chances de céder à nos thérapeutiques et pourra nous contraindre à l'hystérotomie.

Au premier stade de cette rigidité cervicale, l'œdème, encore mou, encore peu important, peut nous laisser espérer une reprise de la progression de la dilatation puis une descente spontanée de la tête. Il suffirait pour cela de supprimer toute participation musculaire à la résistance du col afin de lui rendre au maximum sa souplesse et en même temps de redonner à la contraction utérine force et régularité.

C'est alors que devra intervenir un procédé thérapeutique encore récent, l'association anesthésique ocytocique, en l'espèce celle de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse au mélange de chloroforme et chlorure d'éthyle selon la méthode de Delalande. Celle-ci, appliquée par Mahon aux cas dystociques, a transformé le pronostic des E.T. que

l'on devait interrompre autrefois pour des anomalies fonctionnelles. L'anesthésique réduit la résistance des parties molles, l'ocytocique renforce les contractions utérines. Sous leur influence combinée, en quelques minutes, la dilatation peut se compléter, la présentation achever sa descente, l'accouchement se terminer simplement.

Ainsi, en assurant des contractions énergiques et bien rythmées, en supprimant l'obstacle cervical, cette méthode permet de pousser jusqu'à sa limite l'Epreuve du Travail, donnant à l'accoucheur la certitude de n'avoir à faire que les césariennes indispensables. Rendant l'accouchement aussi physiologique que possible, elle relégua au second plan toutes les autres manœuvres dirigées contre l'obstacle cervical : incisions du col ou dilatation manuelle.

Les premières, utilisables uniquement lorsque la présentation bien engagée forme de profonds culs-de-sac, voient par cela même leur champ d'action singulièrement rétréci. La dilatation manuelle, pour être praticable plus souvent, ne permet que rarement d'arriver à une libre pratique du col telle qu'il ne constitue plus un facteur de gêne dans l'E.T. Pratiquée sous anesthésie, elle refoule la présentation au détroit supérieur. Il faudra laisser ensuite réveiller la malade pour permettre aux contractions utérines réapparues de faire franchir l'obstacle à la tête avant de terminer l'accouchement.

Ces procédés ont donc pour inconvénient de produire des lésions irréparables et de ne pas agir sur la progression du fœtus. Avec la méthode de Mahon-Delalande on obtient en même temps que le complément de dilatation la descente de la tête qui peut se dégager spontanément ou être extraite par une application de forceps facile.

Toutefois, malgré ses avantages, elle ne pourra être appliquée dans tous les cas où des anomalies fonctionnelles viennent troubler ou interrompre la marche de l'E.T. Sa mise en œuvre nécessite un col déjà dilaté aux environs

de 5 F. chez une primipare, un peu moins chez une multipare. Un œdème du col dur, inflammatoire, déjà ancien, n'a guère de chances de céder à l'application de l'association chlorokélène-hypophyse. La présence d'une cicatrice de césarienne antérieure, même basse, s'oppose formellement à l'emploi d'une méthode qui, visant à renforcer les contractions utérines chez une malade anesthésiée, risquerait de produire des ruptures d'autant plus dangereuses qu'elles pourraient passer inaperçues.

La souffrance fœtale n'est pas une contre-indication absolue. Cependant, la méthode de DELALANDE appliquée pour terminer une dilatation anormale et faire descendre une présentation dans un bassin rétréci est souvent plus longue, plus pénible que son auteur ne l'indiquait pour les accouchements normaux. Dans ces conditions, le fœtus pourra-t-il supporter assez longtemps les contractions répétées qu'entraîne cette thérapeutique ? Il est bien difficile d'y répondre. Ce serait jouer un jeu trop hasardeux que de tenter d'employer ce procédé lorsque les bruits du cœur du fœtus ne sont pas bons.

Les césariennes

Ayant ainsi passé en revue les moyens thérapeutiques à notre disposition dans la lutte contre la dystocie cervicale, nous voyons se dessiner les indications de l'opération césarienne qui restera parfois l'ultime recours en présence d'un col qui, malgré toutes les sollicitations auxquelles il est soumis, refuse de s'ouvrir. La dystocie cervicale aura interrompu l'Epreuve du Travail, obligeant l'accoucheur à choisir la voie haute avant qu'il ait été en mesure d'apprécier l'incompatibilité relative du fœtus et du bassin maternel rétréci.

Quant à la technique opératoire, nous n'en dirons qu'un mot. La césarienne segmentaire est pratiquée à l'heure

actuelle à l'exclusion de toute autre. Elle seule donne les garanties suffisantes quant à l'isolement de la grande cavité péritonéale pour permettre l'intervention dans des cas impurs, partant dans tous les cas où l'E.T. a été poussée jusqu'à sa limite. Les techniques d'exclusion de la grande cavité décrites par MICHON et JANIN devront d'ailleurs être employées de préférence chaque fois que le travail aura été prolongé longtemps avec un œuf ouvert, que des touchers nombreux auront risqué de contaminer la cavité ovulaire, bref qu'une infection amniotique même latente a des raisons d'être dans la place.

Ainsi, avec l'opération césarienne, avons-nous épuisé les moyens à notre disposition pour lutter contre les dystocies fonctionnelles de l'utérus. Nous étudierons dans le prochain chapitre la fréquence relative de ces anomalies au cours des accouchements dans les bassins rétrécis.

CHAPITRE V

LES ACCOUCHEMENTS DANS LES BASSINS RETRECIS AU COURS DES ANNEES 1940-1945

Au cours des 6 ans allant des années 1940 à 1945 inclus, nous avons relevé à la clinique obstétricale de la Faculté de Bordeaux, 315 accouchements en présentation du sommet dans des bassins rétrécis. Afin de ne pas introduire de causes d'erreurs grossières dans notre statistique, nous n'avons conservé que les bassins dont le rétrécissement était incontestable. Nous avons partant laissé de côté les bassins de multipares à promontoire simplement accessible, les bassins de luxation congénitale non compliquée de rachitisme qui n'affecte guère le détroit supérieur, les bassins présentant simplement une asymétrie légère qui n'apporte à la marche du travail qu'un obstacle inappréciable.

Les accouchements spontanés

Sur ces 315 accouchements, 146, soit 46 %, évoluèrent spontanément de bout en bout sans intervention d'aucune sorte au cours du travail. Une dilatation normale fut suivie de l'expulsion du fœtus soit spontanée, soit après une application de forceps facile effectuée à la partie basse de l'excavation au-dessous de l'obstacle pelvien. Cette intervention fut pratiquée pour soulager un utérus fatigué par l'effort fourni pour faire franchir au fœtus l'anneau

rétréci et incapable de ce fait de terminer rapidement l'expulsion.

Les 169 autres accouchements nécessitèrent au cours de leur déroulement une intervention plus ou moins importante, qui fut commandée, à part pour les 15 opérations césariennes pratiquées prophylactiquement, par un trouble au déroulement normal du travail.

Les dystocies légères

Chez 91 parmi ces malades, soit 29 %, des incidents survenus au cours de la dilatation obligèrent à intervenir pour en corriger l'évolution. Notons immédiatement, à titre de comparaison, que sur 983 accouchements dans des bassins normaux effectués en 1944, on ne dut intervenir au cours de la dilatation que 70 fois, soit dans 7,9 % des cas.

Le plus souvent, comme nous le signalions, c'est en face d'une hypertonie de l'utérus plus ou moins marquée que l'on se heurta puisque 56 fois on employa des antispasmodiques isolés contre 16 fois des extraits ocytociques systématiquement associés d'ailleurs à la Spasmalgine. Encore ne les utilisa-t-on souvent qu'à la fin d'une dilatation qui avait nécessité avant d'atteindre ce stade le recours aux antispasmodiques. L'heure de la rupture des membranes ne paraît pas avoir d'action déterminante sur l'apparition de ces troubles de la dilatation puisqu'on ne relève que 17 ruptures prématurées des membranes sur les 91 accouchements pour lesquels on dut faire soit de la spasmalgine, soit de l'hypophyse accompagnée de spasmalgine. Le degré de rétrécissement pelvien lui-même ne semble guère avoir d'influence et la consultation du tableau ci-contre montrera que les anomalies de la dilatation sont aussi fréquentes dans les bassins modérément touchés que dans les bassins fortement rétrécis.

TABLEAU I

	BASSINS RETRECIS				BASSINS NORMAUX	
	P.S.P. ≥ 10 cm. 5		P.S.P. < 10 cm. 5		PRIMIP.	MULTIP.
	PRIMIPARE	MULTIP.	PRIMIPARE	MULTIP.		
Dilatation spontanée	44 %	57 %			87 %	94 %
R.M. prématurée	5	5	»	»	50	73
R.M. précoce	26	8	2	1	103	77
R.M. tempestive	42	45	5	5	233	359
Dilatation dirigée	34 %	23 %			10 %	4,5 %
R.M.	14	4	»	1	29	16
R.M. + Spasm.	16	6	1	1	2	»
R.M. + hyp. Spasm.	3	2	»	»	2	»
Spasmalgine. M. rompues	14	5	»	2	5	1
M. intactes	8	3	»	»	5	2
Hyp. Spasm.	5	3	2	1	2	6
Chlorokélène	9 %	5 %			1,5 %	0,8 %
Souffr. fœtale	»	»	»	»	1	1
Infect. amniot.	1	»	»	»	»	»
Anomalie dilat.	14	5	»	1	5	3
Non engr.	1		»	»	»	»
Césariennes	13 %	15 %	25 %	55 %	1,5 %	0,6 %
Prophylactique	3	2	2	7	4	»
Après E.T., avant D.C.	17	13	2	7	2	1
à D.C.	2	1	»	»	»	2

Les dystocies graves

Parfois cependant ces moyens furent inefficaces et l'on dut recourir pour lutter contre la dystocie cervicale à des procédés plus actifs.

Le chlorokélène-hypophyse fut utilisé 25 fois, soit 7 % :

— 1 fois pour infection amniotique menaçante pour terminer rapidement l'accouchement.

— 2 fois à dilatation complète pour essayer d'engager une tête dont la disproportion avec le bassin n'était pas manifeste. Cet essai fut une fois suivi d'échec et, la tête restant au-dessus du D.S., l'accouchement dut être terminé par césarienne, l'autre fois, la tête s'engagea, descendit et un forceps à la partie basse de l'excavation fut la conclusion heureuse de l'accouchement.

— 22 fois enfin, l'indication fut posée pour des anomalies de la dilatation. Dans 20 cas le col céda plus ou moins rapidement, la tête descendit et un forceps facile permit d'extraire l'enfant aux moindres frais.

Les 2 autres cas furent des échecs de la méthode. A deux reprises, un col dont la dilatation avait été pénible jusque là, nécessitant des injections de Spasmalgine, parvint à P.P. environ, puis là, un peu rigide et infiltré, résista à toutes les sollicitations, même celles particulièrement intenses du procédé de Mahon-Delalande. L'hystérotomie s'imposa en définitive du fait du barrage qu'opposa l'obstacle cervical malgré un fœtus qui ne paraissait pas de volume disproportionné avec le bassin.

Notons que dans un de ces cas il s'agissait d'une troisiémipare ayant accouché deux fois sans incidents d'enfants de poids normal.

Dans tous les cas l'enfant supporta parfaitement bien l'épreuve même dans le cas où, prolongée, elle s'avéra négative et dut être interrompue pour recourir à la voie chirurgicale.

Dans la série d'accouchements normaux que nous considérions tout à l'heure, nous ne relevons que 8 chlorokélène pour des anomalies de la dilatation, soit moins de 1 % au lieu de 7 % dans les bassins rétrécis.

Quant aux autres procédés d'ouverture du col, ils ne furent utilisés qu'exceptionnellement. 2 fois on pratiqua des incisions du col suivies de forceps (1 fois en 1941, 1 fois en 1945), 1 fois on fit une dilatation manuelle (en 1940).

Ils sont pratiquement abandonnés depuis que l'association chlorokélène-hypophyse nous permet de résoudre la question des dystocies cervicales avec plus de facilité et d'élégance.

Les césariennes

Il ne nous reste plus maintenant, pour terminer, qu'à considérer les accouchements qui durent être résolus par voie chirurgicale.

56 césariennes basses furent pratiquées sur les 315 accouchements qui constituent notre statistique, soit 17,5 %. 28 étaient des interventions itératives, 33 des premières césariennes dont 8 furent exécutées chez des femmes ayant déjà accouché une ou plusieurs fois par les voies naturelles.

Si l'on considère les conditions dans lesquelles furent pratiquées ces interventions, nous pouvons noter que :

— 14 césariennes furent faites sans E.T.

— 10 pour bassin manifestement chirurgical dont 8 itératives et 2 premières césariennes.

Nous y trouvons 2 bassins transversalement rétrécis à P.S.P. = 10 cm. 5, les autres étant généralement rétrécis canaliculés.

— 2 furent effectuées chez des primipares à bassin qui aurait pu laisser espérer un accouchement spontané mais,

après rupture prématurée des membranes, le travail ne se déclancha pas et l'infection amniotique devenait menaçante.

— 2 autres, enfin, le furent pour souffrance fœtale aiguë qui ne permettait pas de laisser poursuivre plus longtemps le travail sans risquer la mort de l'enfant.

L'indication des 42 autres interventions ne fut posée qu'après une épreuve du travail plus ou moins prolongée.

— 3 fois la césarienne s'imposa à dilatation complète, la tête ne s'engageant pas malgré les efforts expulsifs de la malade. Chez l'une d'entre elles qui avait déjà accouché normalement d'un enfant moyen, on appliqua la méthode de MAHON-DELALANDE qui ne parvint pas à faire descendre la tête malgré les puissantes contractions qu'elle entraîne. Les deux autres malades étaient des primipares à bassin généralement rétréci canaliculé dont le P.S.P. était voisin de 10 cm. 5.

— 13 furent faites à des dilatations de petite ou grande palmaire. Malgré les traitements employés, la rupture des membranes, la tête resta élevée, la dilatation ne progressa plus. Nous y rencontrons 7 primipares pour 6 multipares, dont 3 furent opérées pour la première fois après avoir auparavant accouché normalement.

— 2 fois l'intervention fut pratiquée après échec de la méthode de MAHON-DELALANDE. L'une des malades est une primipare, l'autre une 3e ayant déjà accouché 2 fois normalement. Après une dilatation un peu lente le col, à P.P., ne s'ouvrit plus et, un peu rigide et infiltré, résista à toutes les tentatives et obligea en définitive à emprunter la voie chirurgicale. Nous avons déjà parlé de ces malades dans le paragraphe précédent.

— Les 26 autres interventions enfin, soit presque la moitié de toutes les césariennes et les 2/3 de celles qui sont pratiquées après E.T., furent effectuées à des dilatations inférieures à 5 F. malgré tous les moyens mis en

œuvre pour les faire progresser : hypophyse ou spasmalgine convenablement administrées, rupture des membranes opportunément pratiquée, ne purent amener l'ouverture de l'orifice cervical qui, stationnaire, obligea d'interrompre l'Epreuve du Travail avant même que la tête eût pris effectivement contact avec le bassin. Nous relevons dans ces observations 12 primipares, 4 multipares opérées pour la première fois après des accouchements normaux, 10 césariennes itératives enfin, que l'on dut à nouveau opérer pour un travail stationnaire, une dilatation qui ne progressait pas.

Nous ne pouvons manquer également de noter que, dans ces 26 observations, nous trouvons 8 cas de rupture prématurée des membranes, proportion fortement supérieure à la moyenne.

Quant au bassin, malgré l'absence de précision de certaines observations, nous nous sommes trouvés en présence d'a peu près tous les types. Les bassins généralement rétrécis canaliculés dominant tout de même fortement.

La technique utilisée fut toujours celle de la césarienne basse. 4 fois cependant, à cause d'adhérences vésicales venant d'interventions antérieures ou par suite du défaut de longueur d'un S.I. mal amplifié, la section dut être segmento corporéale. 3 fois on accompagna cette intervention de stérilisation par ligature et section des trompes. On trouvera dans le tableau ci-contre résumées les conditions dans lesquelles on a été amené à pratiquer les opérations césariennes. Il met particulièrement en évidence la fréquence de ces interventions à des stades très peu avancés de la dilatation.

TABLEAU II

	P.S.P. ≧ 10 cm. 5			P.S.P. < 10 cm. 5		
	PRIMIPARE	MULTIPARE		PRIMIPARE	MULTIPARE	
Prophylactique :		Première	Itérative		Première	Itérative
Bassin chir.	»	»	2	2	»	6
Infect. amniot.	2	»	»	»	»	»
Souffrance fœtale	1	»	»	»	»	1
Après E.T. :						
A D.C.	2*	1	»	»	»	»
P.P., C.O.P.	6*	2*	1	1	1	2
Avant 5 F.	11	4	6	1	»	4

* Dont 1 après échec du chlorokélène.

En 1937, Held, étudiant les accouchements dans les bassins rétrécis, donne une statistique dont nous pouvons tirer des conclusions sensiblement identiques. Sur 50 primipares à bassin rétréci, l'auteur pratique 10 césariennes. Toutes ces interventions furent effectuées avec des dilatations stationnaires avant dilatation complète malgré des E.T. ayant duré de 13 à 53 heures.

Les 40 accouchements terminés par voie basse comportèrent 4 fois des incisions du col suivies de forceps. Ce nombre ne manque pas de nous frapper, mais cette intervention était la seule possible à cette époque en présence d'une dystocie cervicale lorsque la tête, bien engagée, formait de profonds culs-de-sac. La majorité de ces cas relèverait aujourd'hui du chlorokélène-hypophyse qui est venu modifier heureusement le pronostic de ces anomalies.

Ainsi, la moitié des césariennes faites sur des femmes porteuses de bassins rétrécis et les 2/3 de celles qui sont pratiqués après Epreuve du Travail le sont alors que le col n'a pas dépassé une dilatation de 5 F. et souvent beaucoup moins. Or, à ce moment, l'obstacle cervical est encore tel qu'il empêche ou tout au moins gêne considérablement le contact entre le bassin et la tête fœtale, c'est l'anomalie de la dilatation beaucoup plus que l'obstacle osseux lui-même qui commande l'interruption de l'Epreuve du Travail et impose la terminaison par voie haute.

La rupture prématurée des membranes dans ses relations avec les dystocies cervicales

La fréquence des ruptures prématurées des membranes souvent invoquée comme cause de cette dystocie, nous a paru également intéressante à considérer. Après les quelques chiffres que nous avons cités au cours de nos divers chapitres, elle ne semble pas revêtir une fréquence particulière dans les bassins rétrécis.

Nous relevons en effet 28 ruptures prématurées des membranes sur les 150 accouchements ayant nécessité une intervention au cours de la dilatation, de la banale injection de Spasmalgine à la césarienne interrompant l'E.T. avant dilatation complète. Cependant, sur ce nombre, nous devons remarquer que nous en rencontrons 10 sur les 42 césariennes pratiquées après E.T. dont 8 dans celles effectuées avec un col n'ayant pas dépassé la dilatation de 5 F., c'est-à-dire les cas les plus graves de dystocie cervicale.

Si on ne relève ensuite que 10 cas de rupture prématurée sur les 146 accouchements ayant évolué spontanément dans notre série, nous devons noter par contre que, au cours des accouchements dans des bassins normaux que nous avons pris comme comparaison depuis le début de notre exposé, nous comptons 123 ruptures prématurées des membranes sur les 895 qui se sont déroulés spontanément.

CHAPITRE VI

ESSAI DE PATHOGENIE

En présence de la fréquence simultanée des dystocies fonctionnelles et des anomalies de la dilatation au cours des accouchements dans les bassins rétrécis on est conduit à se demander s'il n'y aurait pas une relation de cause à effet entre les deux phénomènes.

Le moment de la rupture des membranes ne semble guère avoir l'influence qu'on lui assignait dans l'apparition des anomalies de la dilatation. La doctrine du service de la Clinique obstétricale fut basée sur le respect systématique de la poche des eaux chaque fois qu'une raison précise n'en commandait pas la rupture. Les chiffres que nous avons rapportés dans le chapitre précédent nous montrent que la rupture prématurée des membranes n'est pas plus fréquente dans des bassins rétrécis que dans les bassins normaux. Cependant, le nombre de ces ruptures prématurées dans les cas de césariennes pratiquées après E.T. à des dilatations peu avancées, ne laïsse pas d'introduire dans notre esprit la notion que cette circonstance n'est peut-être pas indifférente à l'apparition de ces anomalies.

Le degré d'angustie pelvienne lui-même ne semble jouer qu'un rôle minime, les anomalies de dilatation de toute gravité se rencontrant aussi souvent, si ce n'est plus, dans un bassin légèrement touché que dans un bassin fortement rétréci.

L'inertie utérine primitive semble devoir, dans ses degrés majeurs, être attribuée, à l'heure actuelle, à un déséquilibre endocrinien encore mal déterminé. En dehors de ces cas extrêmes, certains auteurs ont voulu en faire la conséquence d'un véritable « rachitisme utérin », contemporain du rachitisme osseux, entraînant des contractions insuffisantes. Cette hypothèse paraît bien difficile à admettre et il est plus vraisemblable de penser que la présentation, restant élevée, sollicite mal la contraction utérine au niveau de la zone refléxogène normale du segment inférieur. Quant à l'inertie secondaire à une période de fortes contractions, la fatigue musculaire en est vraisemblablement responsable.

Dans d'autres cas, au contraire, le segment inférieur coincé entre une tête et un bassin trop étroitement adaptés est le siège d'incitations d'intensité anormale. Celles-ci sont le point de départ de contractions puissantes et répétées qui entraînent l'hypertonie utérine génératrice d'anomalies de la dilatation.

La contracture utérine n'est que le stade ultime d'aboutissement de cette hypertonie dont l'évolution a été laissée à elle-même. Cependant, il arrive qu'elle s'installe d'emblée, maximum et intense dès le début. Dans ce cas, il semble qu'il faille encore l'attribuer à un déséquilibre responsable de l'inertie primitive, mais sans rapport direct avec le rétrécissement pelvien.

CHAPITRE VII

CONDUITE A TENIR ET DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Ainsi, lorsqu'on considère la marche de l'E.T. dans un bassin rétréci, est-on amené à y distinguer deux stades qui chevauchent d'ailleurs l'un sur l'autre et se confondent à la fin de la période de dilatation, au début de la période d'expulsion.

Tout d'abord l'E.T. porte sur le col. C'est son effet sur lui qui permet de juger de la valeur et de la régularité de la contraction utérine et ce n'est qu'une fois la barrière cervicale disparue que la tête pourra prendre effectivement contact avec l'obstacle osseux et sera susceptible de s'engager et de descendre dans le bassin rétréci. On aura alors, dans un sens ou dans l'autre, la solution de l'Epreuve du Travail poussée logiquement jusqu'à son terme et telle que les classiques l'avaient définie dès l'abord : quelques temps d'efforts expulsifs après dilatation complète et rupture des membranes pour permettre au mobile de progresser à travers le bassin, tout autre obstacle étant éliminé.

C'est donc du résultat de la première partie de l'épreuve que dépendra son aboutissement final. Si le col refuse de se dilater, empêchant le contact du bassin et de la tête, la césarienne s'imposera, quelles que soient les dimensions respectives des éléments en présence. Et l'expérience prouve que, lorsque l'obstacle cervical a disparu, lorsque la contraction utérine est arrivée à réduire complètement

le col utérin et n'a plus devant elle que l'obstacle du bassin à travers lequel il s'agit de faire progresser le fœtus, la césarienne ne devient qu'exceptionnellement nécessaire et l'accouchement par les voies naturelles est de règle.

La marche de la dilatation et ses anomalies constituent ainsi un élément de pronostic extrêmement important de l'issue d'une Epreuve du Travail dans un bassin rétréci. Une dilatation brillante, rapide, d'un col mince et bien effacé sera suivi dans la majorité des cas d'un accouchement spontané ou qui ne nécessitera qu'une intervention facile telle que le forceps de soulagement à la partie basse de l'excavation. Au contraire, une dilatation traînante, un col rigide, épais, accompagnant d'ailleurs bien souvent un état d'hypertonie plus ou moins notable du muscle utérin, incitera à porter sur la fin de l'épreuve un pronostic beaucoup plus réservé. Si cette anomalie cède aux traitements banaux habituels elle n'aura qu'une importance relative, mais pour peu qu'elle s'accentue elle nécessitera pour la vaincre le recours à des procédés plus énergiques mais pas toujours inoffensifs, ou même imposera le recours à l'opération césarienne qui viendra interrompre l'Epreuve du Travail avant qu'elle n'ait pu donner tous les résultats qu'on pouvait en attendre.

CHAPITRE VIII

LES PRESENTATIONS DE LA FACE ET DU FRONT

Les 2 cas de présentation de la face et la présentation du front que nous avons rencontrés dans notre série d'accouchement dans des bassins rétrécis se sont tous trois terminés par des opérations césariennes. Nous nous bornerons à signaler simplement ces observations :

L'une d'entr'elles concerne une malade arrivée à D.C. et pour laquelle on fut conduit à l'hystérotomie parce que la face, orientée en M.D.P., refusait de tourner et de descendre. L'Epreuve du Travail fut menée à son terme mais négative.

L'autre fut faite systématiquement en raison du volume apparent de l'enfant et de sa présentation par la face dans un bassin dont le promontoire accessible à 9 cm. 5 ne laissait guère d'espoir d'accouchement spontané.

La troisième enfin fut exécutée pour une présentation du front chez une primipare porteuse d'un bassin à promontoire accessible. Après un travail de 13 heures, la dilatation à P.P. ne progressait plus.

Notons simplement que dans ces présentations de la tête défléchie, les interventions chirurgicales sont très fréquentes mais le rôle du col n'est pas très différent de celui qu'il a en présence d'une présentation du sommet.

CHAPITRE IX

LES PRESENTATIONS DU SIEGE

La sévérité du pronostic de l'accouchement en présentation du siège avait déjà attiré l'attention de nombreux auteurs qui, insistant sur la mortalité fœtale élevée, étendaient au maximum les indications de l'opération césarienne pour terminer aux moindres risques un accouchement particulièrement meurtrier pour le fœtus. Celui-ci, en effet, a de multiples raisons de souffrir : fréquence des procidences, longueur du travail, manœuvres obstétricales et surtout la brièveté du temps dont dispose l'accoucheur pour extraire les épaules et la tête s'il ne veut pas voir l'enfant succomber rapidement.

Aussi le Professeur ANDÉRODIAS, en 1935, n'hésitait-il pas à considérer la présentation du siège comme une dystocie relative qui, bien que ne constituant pas à elle seule une justification de la césarienne pouvait y conduire pour peu qu'un autre obstacle à l'accouchement s'y ajoutât. Le corollaire de cette théorie était l'intervention prophylactique faite systématiquement en présence d'une présentation du siège dans un bassin où, avec une présentation du sommet, on eût tenté l'Epreuve du Travail. Celle-ci, en effet, ayant pour but de confronter les dimensions du bassin maternel et du fœtus s'avérait inopérante. Au bout d'un temps plus ou moins long elle aboutissait à un engagement puis à une descente du siège, la tête, obstacle principal, ne venant qu'à la fin traverser la filière pelvigénitale

au moment où aucune autre solution que l'extraction à n'importe quel prix ne pouvait plus être envisagée.

Il est certain cependant que cette conduite radicale amenait l'accoucheur à pratiquer nombre d'interventions inutiles puisque l'expérience de l'E.T. en présentation céphalique montre qu'elle aboutit à l'expulsion par les voies naturelles dans 80 % des cas. Et de fait la doctrine fut plusieurs fois mise en échec par les événements, soit que l'accouchement se produisit sans qu'on eût repéré le bassin qui se révéla rétréci par la suite, soit que la marche du travail fut si rapide qu'elle mit en demeure l'accoucheur d'accepter l'expulsion par les voies naturelles malgré le rétrécissement pelvien reconnu.

Aussi, considérant que ces accouchements rapides se terminaient toujours par des expulsions sans histoires; que, lors des E.T. en présentation céphalique, l'hystéréotomie était commandée dans l'immense majorité des cas par des anomalies de la dilatation, le Professeur Rivière pensa qu'il pouvait être raisonnable de laisser poursuivre spontanément l'accouchement lorsqu'aucune anomalie ne venait en troubler le cours. La dystocie dynamique de l'utérus est, en effet, lors des présentations pelviennes, particulièrement à redouter. Une contraction spasmodique, continue ou irrégulière, sera sans effet suivi sur la dilatation et sera incapable de faire progresser le fœtus si la résistance à vaincre est tant soit peu importante. S'il s'y ajoute un col dur, œdémateux, rigide, l'extraction sera toujours pénible, dangereuse pour la mère, meurtrière pour l'enfant, et cela même si le bassin n'est que modérément touché. Au contraire, une dilatation rapide, brillante, permettra au praticien de penser que les contractions énergiques et bien rythmées qui l'ont provoquée l'aideront puissamment au moment de l'expulsion et l'autoriseront à tenter avec le maximum de chances l'accouchement par voie basse.

Etude clinique

Cette conduite fut celle qui fut adoptée dans le service au cours des dernières années.

Nous avons relevé, de 1940 à 1945, 27 accouchements en présentation du siège dans des bassins rétrécis.

Il s'agissait chaque fois de bassins dont le promontoire était accessible à 10 cm. 5 ou 11 cm., le plus souvent généralement rétréci canaliculé. Il est évident que les bassins dont le diamètre utile est inférieur à 8 cm. sont justiciables de l'opération césarienne immédiate comme en présentation du sommet. 6 interventions seulement furent pratiquées, toutes sur des primipares :

— Une en 1940, arrivée à dilatation complète après 10 heures de travail, fut opérée en application du principe siège +bassin rétréci = césarienne.

— Une, parvenue à P.P. en 9 heures, resta stationnaire à ce stade un moment. Tenant absolument à un enfant vivant, elle fut césarisée sans poursuivre l'E.T.

— Les quatre autres furent amenées sur la table d'opération par des anomalies de la dilatation. La première resta 13 heures sans que son col s'ouvrit. La seconde, 13 heures à dilatation stationnaire à 5 F. et un col déjà œdémateux.

Chez la troisième, 25 heures de travail n'amenèrent qu'une dilatation de 2 F. malgré rupture des membranes et Spasmalgine. La quatrième enfin, arriva à une dilatation de 5 F. en 8 heures mais resta stationnaire à ce point pendant 4 heures malgré Spasmalgine et poche des eaux rompue.

Les 21 autres malades, soit 77 %, accouchèrent par les voies naturelles.

Sur 17 primipares, 12 arrivèrent à D.C. spontanément sans intervention d'aucune sorte et accouchèrent normalement d'enfants de poids souvent respectable. Parmi elles nous trouvons un bassin généralement rétréci à P.S.P. de

10 cm. C'est le plus petit de la série. Après une dilatation qui dura 15 heures en progressant toujours normalement, la malade accoucha spontanément d'un enfant de 3 kg. 080 après avoir reçu 5 u. d'hypophyse à G.P. pour renforcer des contractions qui diminuaient d'intensité. Toutes firent des dilatations normales qui nous permirent d'attendre l'accouchement spontané. Nous rencontrons en effet des périodes de dilatation s'échelonnant de 6 à 16 heures, en progressant constamment. Une fois cependant, c'est après 23 heures 30 de travail que la D.C. fut atteinte, mais après un début traînant à douleurs éloignées et peu intenses, la malade eut des contractions fortes et régulières qui firent passer la dilatation de 0 F. 50 à D.C. en moins de 5 heures.

Chez 3 malades, on intervint pour diriger le travail : Spasmalgine au début de la dilatation, hypophyse pour renforcer ou assurer de bonnes contractions au moment de l'expulsion et l'accouchement suivit, spontané,

Deux fois enfin on voulut passer outre à cette indication du col parce qu'on sous-estimait l'exiguïté du bassin ou le volume du fœtus.

Après un travail lent qui n'amena la D.C. qu'en 36 heures, l'expulsion suivit, pénible, achevée par forceps sur la tête dernière. L'enfant de 3 kg. 800 mourut dans les heures suivantes avec une hémorragie méningée.

Une autre fois, la dilatation arriva à P.P. après 19 heures de travail malgré l'abaissement du pied après rupture des membranes. Un chlorokélène-hypophyse acheva l'ouverture du col mais l'extraction fut pénible, nécessita un forceps terminal. L'enfant, né étonné, présenta une hémorragie méningée dont il guérit d'ailleurs fort bien, mais pour s'être bien terminé, l'accouchement frisa de bien près le désastre.

Quant aux multipares, l'accouchement antérieur nous donne une sécurité relative bien qu'après des enfants moyens en présentation du sommet on puisse rencontrer

un gros enfant en siège dont l'extraction sera pénible. Mais l'E.T. pratiquée sur le col garde encore toute sa valeur.

Sur 4 multipares venues dans le service, 3 firent des dilatations rapides, de 3 à 9 heures, suivies d'expulsions spontanées.

La 4e, au bassin pourtant pas très touché (P.S.P. = 11 cm) n'arriva à terminer sa dilatation qu'en 16 heures après plusieurs injections de Spasmalgine et abaissement du pied pour dilatation stationnaire. L'extraction fut pénible. Après abaissement des bras relevés, la tête, retenue au D.S., ne s'engagea que grâce à une expression abdominale puissante. Mais l'enfant, de 3 kg. 600, présentait un enfoncement du pariétal gauche.

Conduite à tenir

Ainsi, lors des présentations pelviennes dans les bassins rétrécis, est-ce sur le col que nous pourrons désormais pratiquer l'E.T. Quoique plus difficile à juger que dans les présentations céphaliques, elle se proposera non d'apprécier la perméabilité du bassin mais les qualités de la contraction utérine, l'ampliation plus ou moins facile du segment inférieur, en un mot la valeur dynamique de l'utérus dont la dilatation est le témoin le plus accessible.

C'est la régularité de cette dilatation traduisant l'intégrité fonctionnelle du muscle utérin qui nous fera porter un pronostic favorable sur la fin de l'accouchement et nous incitera à le laisser poursuivre; ce sont au contraire ses anomalies qui nous conduiront à envisager la solution chirurgicale.

L'accoucheur évitera ainsi un certain nombre de césariennes qu'il aurait pu être amené à pratiquer qui, pour ménager au maximum les intérêts de l'enfant n'en font pas moins courir à la mère un risque jamais négligeable.

CONCLUSIONS

I. — La mise au point de la technique de la césarienne basse permit de prolonger l'Epreuve du Travail jusqu'à l'épuisement des possibilités d'accouchement spontané chez la malade. Mais le déroulement en est souvent différent de celui que lui fixaient les auteurs : efforts expulsifs après dilatation complète. Les anomalies de la dilatation qui viennent en troubler le cours jouent en cela un rôle capital en imposant des interventions que les dimensions relatives de la tête fœtale et du bassin maternel ne commandaient pas.

II. — Le déroulement spontané de l'Epreuve du Travail est sous la dépendance de la contraction utérine, agent essentiel de l'effacement et de la dilatation. Celle-ci nécessite cependant pour s'effectuer normalement la présence d'un intermédiaire constitué soit par la poche des eaux, soit par la présentation lorsque celle-ci a été rompue.

III. — Les anomalies de la contraction utérine survenant au cours de l'Epreuve du Travail sont multiples, atteignant aussi bien la contraction utérine que le tonus du muscle utérin en dehors des contractions.

Inertie, hypotonie, hypertonie, contracture, vont agir sur la dilatation en la ralentissant, puis l'arrêtant. De fonctionnelle, cette anomalie deviendra anatomique lorsque l'œdème cervical, mécanique d'abord, puis inflammatoire, fera son apparition.

IV. — Le traitement de ces anomalies qui viennent ainsi troubler le cours normal de l'Epreuve du Travail doit être entrepris dès que possible. Spasmalgine, hypophyse, rupture des membranes au début, chlorokélène-hypophyse

selon la méthode de DELALANDE dans les cas graves, permettront le plus souvent à la dilatation de s'achever, à la tête de descendre. Mais après l'échec de ces procédés, la césarienne sera parfois l'ultime recours en présence d'un col qui refuse de s'ouvrir malgré le traitement.

V. — La fréquence des anomalies de la dilatation est incomparablement plus grande dans les bassins rétrécis que dans les bassins normaux.

46 % des Epreuves du Travail se déroulent sans intervention au cours de la dilatation;

29 % nécessitent des thérapeutiques de la contraction utérine banales;

7 % sont justiciables du chlorokélène-hypophyse, dont 20 sur 22 sont pratiqués pour anomalie de dilatation.

Enfin, sur 56 césariennes, 42 sont faites après E.T. Sur ce nombre, 25 le sont alors que le col n'a pas dépassé une dilatation de 5 F., 3 seulement après des efforts expulsifs à D.C.

VI. — Dans les présentations du siège, l'importance de ces anomalies de la dilatation devient primordiale. L'Epreuve du Travail jugée sur le col permet d'apprécier la valeur dynamique de l'utérus et commande le pronostic. Une dilatation régulière et rapide permet de laisser se poursuivre l'accouchement en ménageant au maximum les intérêts de la mère et de l'enfant. Au contraire, c'est l'apparition d'anomalies dans le cours de cette dilatation qui commandera l'hystérotomie.

VII. — Les anomalies de la dilatation constituent un élément de pronostic essentiel de la marche de l'Epreuve du Travail, en imposent souvent la terminaison, en conditionnent la technique.

L'élément cervical apparaît ainsi comme le facteur le plus important de la dystocie complexe des bassins viciés.

OBSERVATIONS

Nous donnerons ci-dessous quelques observations parmi les plus typiques que nous ayons relevées.

Accouchements normaux

— Obs. 305. 1943. M^me^ L..., 33 ans, secondipare.

Luxation congénitale bilatérale. Bassin aplati (P.S.P. = 10 cm.), généralement rétréci en antéversion marquée. Arc antérieur peu touché. Début du travail le 15 avril à 11 h. A 16 h., col perméable; 18 h., 5 F.; 19 h., D.C. Rupture des membranes spontanée tempestive.

Expulsion à 19 h. 15 d'un enfant de 3 kg. 570 en bon état.

— Obs. 648. 1944. M^me^ D..., 32 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm. 5, 1 faux promont. Début du travail le 22 juillet à 9 h. A 12 h., 2 F.; 18 h., 5 F.; 20 h. 30, G.P.; 21 h., D.C. Rupture des membranes spontanée à P.P. à 19 h.

Expulsion à 21 h. 30 d'un enfant de 3 kg. 020 en bon état.

— Obs. 1.017. 1944. M^me^ L..., 23 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm., on mit toutes les lignes innominées, sacrum accessible sur toute sa hauteur, fortement recourbé à sa partie inférieure.

Début du travail le 1er déc. à 19 h. A 21 h. 45, 5 F.; 22 h. 30, P.P.; 23 h., D.C. Rupture des membranes spontanée à D.C.

Expulsion à 22 h. 30 d'un enfant de 2 kg. 860.

Accouchements dirigés

— Obs. 653. 1943. Mme G..., 36 ans, secondipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 11 cm., 1 faux promontoire.

Début du travail le 13 août à 0 h. A 2 h., col perméable. 1 cc de Spasmalgine pour hypertonie; 4 h., 1 F.; 6 h., 5 F.; 7 h. 30, P.P. 5 u. hypophyse + 1 cc Spasmalgine pour diminution des contractions; 11 h., G.P. 1/2 hyp. + 1/2 Spasm, et rupture artificielle des membranes. 14 h., D.C.

Extraction à 15 h. 20. Forceps en O.G.T. Enfant 3 kg. 350 en bon état.

— Obs. 243. 1945. Mme O..., 20 ans, secondipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm. 5, 1 faux promontoire.

Début du travail le 16 mars à 20 h., le 17 mars à 2 h., 1 F. 1 cc Spasmalgine pour hypertonie légère. 7 h., 2 F., 1 cc Spasmalgine; 11 h. 30, 2 F., 1 cc Spasmalgine; 12 h., 5 F., 1 cc Spasmalgine et rupture artificielle des membranes; 12 h. 30, D.C.

Expulsion à 12 h. 45 d'un enfant de 3 kg. 440 en bon état.

— Obs. 348. 1945. Mme L..., 25 ans, primipare.

Bassin aplati. P.S.P. = 11 cm. On mit toute la concavité sacrée.

Début du travail le 14 avril à 18 h. Le 15 avril à 8 h., 2 F., 1 cc Spasmalgine pour hypertonie; à 15 h.,

5 F., 1 cc Spasm.; 17 h., 5 F., 1 cc Spasmalgine; 18 h., P.P., rupture artificielle des membranes; 19 h. 30, D.C.

Extraction à 21 h., forceps en G.A., enfant de 3 kg. 450 en bon état.

— Obs. 500. 1945. Mme K..., 26 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci, P.S.P. = 11 cm.

Début du travail le 31 mai à 7 h. A 16 h., 1 F., 1 cc morphine pour hypertonie; 17 h. 30, 1 F., 1 cc morphine; 19 h., 2 F., 1 cc morphine; 22 h., 5 F., 1 cc Spasmalgine; 24 h., G.P., 2 u. 1/2 hypophyse pour inertie; 0 h. 30, D.C. Rupture des membranes spontanée à G.P. à 24 h.

Expulsion à 1 h. 30. Enfant 3 kg. 480 en bon état.

Le chlorokélène-hypophyse

— Obs. 445. 1943. Mme V..., 20 ans, primipare.

Bassin légèrement rétréci, P.S.P. = 11 cm.

Début du travail le 2 juin à 3 h. A 7 h., 1 F.; 9 h., 5 F., 1 cc Spasmalgine pour hypertonie; 12 h., 5 F.; à 12 h. 10, 10 unités hyp. + chlorokélène; 12 h. 30, G.P.; Rupture artificielle des membranes à 12 h. 30; 13 h., D.C.

Expulsion 14 h. 15. Enfant 3 kg. 800 en bon état.

— Obs. 627. 1943. Mme H..., 22 ans, secondipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm. 5. Un faux promontoire très saillant.

Début du travail le 3 août 1944 à 9 h. A 11 h. 30, 2 F., col épais, 1 cc Spasmalgine pour hypertonie; à 12 h., 2 F., 1 cc Spasmalgine; 15 h., 5 F., 1 cc Spasmalgine; 17 h., P.P., rupture artificielle des membranes; 17 h. 30, P.P., 10 u. hypophyse + chlorokélène; 18 h. 30, D.C.

Extraction à 19 h. Forceps en D.P. Enfant de 3 kg. 500 en bon état.

— Obs. 589. 1945. Mme M..., 25 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 11 cm. 2 faux promontoires.

Début du travail le 3 juillet à 9 h. 14 h., 1 F.; 15 h. 30, 1 F., 1 cc Spasmalgine; 17 h., 2 F., 3 injections de Spasmalgine à 20 minutes d'intervalle; 18 h. 30, P.P. stationnaire, 10 u. hyp. + chlorokélène; 19 h., D.C.

Extraction à 19 h. 15. Forceps en G.T. Enfant de 3 kg. 350 en bon état.

Césariennes

— Obs. 595. 1940. Mme B..., 21 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm. 5.

Rupture prématurée des membranes le 21 à 5 h.

Début du travail le 21 juin à 7 h. A 18 h., col perméable. 1 cc morphine pour hypertonie; à 19 h. 30, 1 cc morphine; à 23 h., situation identique.

Césarienne basse à 23 h. Enfant 3 kg. 350 en bon état.

— Obs. 243. 1942. Mme D..., 36 ans, secondipare.

Achondroplasique. Taille 1 m. 35. Césarienne en 1931. Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 10 cm.

Début du travail le 4 avril à 2 h. A 9 h., 2 F.; 11 h., 2 F., 1 cc Spasmalgine, rupture artificielle des membranes; 12 h., 2 F. Césarienne basse à 12 h. 15. Enfant 3 kg. 820.

— Obs. 1.123. 1944. Mme C..., 25 ans, troisiémipare.

Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible à 11 cm., on mit toute la concavité sacrée.

Début du travail le 26 déc. à 20 h. Le 27 à 3 h., 5 F., rupture artificielle des membranes; à 9 h., P.P. stationnaire; 10 h., hypophyse + chlorokélène. Bonnes contractions mais le col, un peu infiltré, ne cède pas. La tête reste élevée. Césarienne basse à 11 h. Enfant 4 kg. 100 en bon état.

— Obs. 610. 1945. Mme D..., 43 ans, primipare.

Bassin P.S.P. = 11 cm., 1 faux promontoire.

Début du travail le 9 juillet à 19 h. Rupture des membranes spontanée précoce à 20 h.; 23 h., 1 F., 3 injections de Spasmalgine à 20 minutes d'intervalle pour hypertonie. Le 10 juil. à 2 h., 2 F.; 4 h., 5 F., 1 cc morphine; 7 h., 5 F., 1 cc morphine; 9 h., P.P., 2 u. 1/2 hyp. + 1 cc Spasmalgine pour ralentissement des contractions; 11 h., P.P.

Césarienne basse à 11 h. 15. Enfant 3 kg. 750 en bon état.

Sièges

— Obs. 51. 1945. Mme C..., 17 ans 1/2, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. = 11 cm., on mit les lignes unominées. 1 faux promontoire.

Siège décomplété mode des fesses.

Début du travail le 12 janv. à 9 h. 12 h., 1 F.; 14 h., 2 F.; 17 h., 5 F.; 21 h., P.P.; 22 h. 30, G.P.; 23 h. 30, D.C.

Expulsion à 23 h. 40. Enfant 3 kg. 050 en bon état.

— Obs. 105. 1945. Mme R..., 23 ans, primipare.

Bassin généralement rétréci canaliculé. P.S.P. =

10 cm., on suit toute la concavité sacrée.

Siège décomplété mode des fesses.

Début du travail le 2 fév. à 4 h. 30. 8 h., 1 F.; 13 h., 5 F.; 18 h. 30, G.P.; 19 h., rupture artificielle des membranes et 5 u. hyp. + 1 cc Spasmalgine; 20 h. 20, D.C.

Expulsion à 20 h. 45. Enfant 3 kg. 100 en bon état.

— Obs. 647. 1944. Mme V..., 22 ans, primipare.

Bassin. Promontoire accessible à bout de doigt. 2 faux promontoires. Siège décomplété mode des fesses.

Début du travail le 22 juillet à 0 h. 30; 11 h. 30, 2 F.; 18 h., 5 F. abaissement du pied, chlorokélène-hypophyse à 18 h. 30.

Extraction à 19 h. 45, pénible. Forceps sur tête dernière. Enfant 2 kg. 860, présentant une hémorragie méningée.

— Obs. 1.053. 1944. Mme B..., 19 ans 1/2, primipare.

Bassin. P.S.P. = 11 cm., 2 faux promontoires.

Siège décomplété mode des fesses.

Début du travail le 11 déc. à 21 h. Le 12 déc. à 2 h., 5 F. Rupture spontanée des membranes; à 8 h., 5 F.

Césarienne basse le 12 déc. à 8 h. 30. Enfant de 3 kg. 500 en bon état.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président du Jury,
RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
DUPÉRIÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — *Conduite à tenir dans les bassins rétrécis* (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1932).

ANDÉRODIAS et PÉRY. — *Indications de la césarienne dans les présentations du siège* (*Gyn. et Obst.*, août 1935).

ATTAIX. — *Epreuve du travail dans les bassins limités* (Thèse, Paris, 1929).

AUDEBERT. — *Les indications dynamiques de la césarienne* (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, Tunis, 1937).

BALARD. — *Etat actuel de la thérapeutique des viciations pelviennes* (*Société Méd. de Bordeaux*, 1927, n° 44).

BINDSCHADLER. — *Les douleurs spasmodiques au cours de l'accouchement* (*Gyn. et Obst.*, 1928, p. 753).

BRINDEAU. — *L'accouchement en cas de bassins rétrécis* (*Journal des Praticiens*, août 1933).

BRINDEAU et LANTUÉJOUL. — *Indications de la césarienne dans les présentations du siège* (*Gyn. et Obst.*, nov. 1935).

BROUHA. — *A propos de 100 cas d'Epreuve du Travail* (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, mars 1928).

CATHALA. — *Leçon du Jeudi soir de la Clinique Tarnier*, 1934.

COURTOIS. — *Conduite à tenir en cas d'accouchement dans les bassins rétrécis* (*Gaz. Hôpitaux*, 22 avril 1936).

COUVELAIRE. — *Causes, signes et traitement des anomalies de la dilatation* (*Leçon clinique Baudelocque*, 1924).

DELMAS et CADERAS DE KERLAN. — *Les anomalies de la dilatation* (*Paris Médical*, 29 janvier 1938).

DEMELIN. — *De la contraction utérine et des dyscinésies corrélatives* (Doin édit., 1927).

DESMAGNES et FISCH. — *Bulletin de la Société d'Obst.*, 1923.

DORMAY. — *L'épreuve du travail dans les bassins limites* (Thèse, Paris, 1934).

FARBER M.-W. — *99 cas d'Epreuve du travail dans les bassins limites* (Thèse, Lyon, 1938).

GUENIOT. — *Conduite à tenir dans les accouchements en présentation du siège dans les bassins rétrécis* (*Bulletin Médical*, 27 oct. 1934).

HELD. — *Indications opératoires dans les bassins rétrécis* (*Revue Franç. Gyn. et Obst.*, août 1937).

HORRENBERGER. — *Contractions spasmodiques localisées au col* (*Gyn. et Obst.*, 1928, p. 378).

KELLER. — *L'épreuve du travail* (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 1931).

KŒNIG. — *L'épreuve du travail et ses limites* (*Revue Française Gyn. et Obst.*, juin 1934).

KREIS. — *Accouchement médical et épreuve de dystocie* (*Revue Franç. Gyn. et Obst.*, nov. 1933; *Gyn. et Obst.*, février 1933).

LANDRIEU. — *Dystocies utérines fonctionnelles* (Thèse, Paris, 1936. n° 668).

LELIÈVRE et VIGNES. — *Bulletin de la Société d'Obst.*, Paris, 1921.

MAHON. — *L'association anesthésique ocytocique dans la dystocie* (*Gyn. et Obst.*, mai 1943).

ODAGESCO. — *Résultats de l'expectation dans les bassins limites et épreuve du travail* (*Revue Française Gyn. et Obst.*, 1926).

RHENTER. — *Réflexions sur l'Epreuve du Travail* (*Gyn. et Obst.*, 1937).

— *Indications de la césarienne dans les présentations du siège* (*Encyclopédie Médico-chir.*, p. 5.027).

RIBOU. — *Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation* (Thèse, Bordeaux, 1925).

SAUVAGE. — *Archives mensuelles d'Obstétrique*, 1912.

SCHICKELÉ. — *Contractions spasmodiques de l'utérus parturient* (*Gyn. et Obst.*, avril 1928).

SUZOR. — *A propos de l'épreuve du travail* (*Revue Française Gyn. et Obst.*, janv. 1937).

VAYSSIÈRE. — *Archives générales de Médecine de Marseille*, 1936, n° 8.

VORON et PIGEAUD. — *Encyclopédie*, p. 5.055.

WAHL F.-A. — *Sur la direction de la période de dilatation dans un bassin rétréci* (*Münch. Med. Woch.*, 23 oct. 1936, p. 1.758).

WALLICH. — *La dilatation stationnaire de l'orifice utérin au cours du travail* (*Annales de Gyn. et Obst.*, 1908).